

Anmeldung Kardiologie

Terminwunsch / Dringlichkeit _____

Patientendaten:

Anrede: _____
 Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/ Ort: _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____

Zuweisende(r) Ärztin / Arzt
 (Stempel und Unterschrift):

 Datum: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transthorakale Echokardiographie (TTE) | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG (24h bis 7 Tage) |
| <input type="checkbox"/> Transösophagale Echokardiographie (TEE) | <input type="checkbox"/> 24-Std. Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Dobutamin-Stressechokardiographie (DSE) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherkontrolle |
| <input type="checkbox"/> 12-Ableitungs-EKG | <input type="checkbox"/> ICD-Kontrolle (Interner Cardioverter Defibrillator) |
| <input type="checkbox"/> Fahrrad-Ergometrie | <input type="checkbox"/> Kardiologische Abklärung (Sprechstundentermin) |
| <input type="checkbox"/> Koronar-CT | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Herz-MRI | |

Anamnese / Befunde / Diagnosen:

Medikamente:

Fragestellung:
